

3. Корреляционный анализ не выявил линейной взаимосвязи выраженности фиброзных и воспалительных изменений и интенсивности экспрессии Granzyme B.

Литература:

1. Ashkenazi, A. Death receptors: signaling and modulation / A. Ashkenazi, V. M. Dixit // Science. – 1998. – Vol. 281. – P. 1305–1308.
2. Thompson // Science. – 1995. – Vol. 267, № 5203. – P. 1456–1462.
3. Takase, M. Histopathological study on mechanism and background of tumor-forming pancreatitis / M. Takase, K. Suda // Pathol Int. – 2001. – Vol. 51:349–354.
4. Granzyme A induces caspase-independent mitochondrial damage, a required first step for apoptosis / D. Martinvalet [et al.] // Immunity. – 2005. – Vol. 22, №3. – P. 355–370.
5. Hiebert, P. R. Granzyme B in injury, inflammation, and repair / P. R. Hiebert, D. J. Granville // Trends Mol Med. – 2012 Dec. – Vol. 18, № 12. – P. 732–741.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНДРОГЕНОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ДЕСТРУКЦИЙ ЛЕГКИХ

Сачек М.Г., Петухов В.И., Ермашкевич С.Н., Кунцевич М.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Острые инфекционные деструкции легких являются одной из сложных проблем торакальной хирургии [1]. Это обусловлено тем, что и сегодня летальность при острых абсцессах легких колеблется в пределах от 7 до 28%, а при гангрене уже достигает 30% и в некоторых случаях даже 90% [2].

В руководствах по лечению острых инфекционных деструкций легких рекомендуется включать в комплекс лечебных мероприятий анаболические стероиды [3, 4]. Однако четких показаний, дозировок и эффектов их применения не описано.

Цель. Провести анализ результатов включения андрогенов в программу комплексного лечения пациентов с острыми инфекционными деструкциями легких.

Материал и методы. В исследование включены результаты обследования и лечения 153 мужчин, находившихся в торакальном гнойном хирургическом отделении УЗ «Витебская областная клиническая больница» по поводу острых инфекционных деструкций легких в период с января 2011 по октябрь 2016 г. Пациентам проводилось комплексное лечение, включавшее: оперативное вмешательство, антибактериальную терапию,

инфузионно-трансфузионную терапию, нутритивную поддержку и т.д. Все пациенты были разделены на три группы: в первую группу включен 141 человек, в лечении которых андрогены не использовались; во вторую группу вошло 5 пациентов, у которых андрогены вводили позднее 10 суток после выполнения операции; третью группу составили 7 случаев, когда андрогены назначали сразу после выполнения операции (до 10 суток после нее). Использовали препарат «Омнадрен 250» (Pharmaceutical Works Jelfa S.A. (Польша)), представляющий собой смесь эфиров тестостерона, по 1,0 мл внутримышечно 1 раз в неделю.

Сравнение пациентов исследуемых групп по возрасту, вариантам поражения и наличию осложнений, тяжести течения заболевания при поступлении приведено соответственно в таблицах 1-4. Для оценки тяжести гнойно-деструктивного процесса в легких применялась балльная шкала по А.Н. Лаптеву [5].

Таблица 1. Возраст пациентов в группах

Группы	1 группа (n=141)	2 группа (n=5)	3 группа (n=7)	pMann-Whitney		
				1 и 2	1 и 3	2 и 3
Min; Max	22; 81	45; 66	42; 78	0,75	0,40	0,68
Me (25%; 75%)	50 (43; 57)	49 (45; 58,5)	53 (47,5; 58,25)			

Таблица 2. Варианты острых инфекционных деструкций легких в группах

Группы	1 группа	2 группа	3 группа	pFisher		
				1 и 2	1 и 3	2 и 3
Абсцесс легкого	57 (40%)	1	1	0,65	0,25	1
Гангренозный абсцесс	29 (21%)	1	1	1	1	1
Гангрена легкого	55 (39%)	3	5	0,37	0,12	1

Таблица 3. Осложнения острых инфекционных деструкций легких в группах

Вид осложнения	1 группа n (%)	2 группа n (%)	3 группа n (%)	pFisher		
				1 и 2	1 и 3	2 и 3
Эмпиема плевры	52 (36,9%)	3 (60%)	3 (43%)	0,36	0,71	1
Пиопневмоторакс	15 (10,6%)	0	0	1	1	1
Сепсис	21 (14,9%)	1 (20%)	3 (43%)	0,56	0,08	0,57
Септический шок	1 (0,7%)	0	0	1	1	1
Гнойно-резорбтивное истощение и кахексия	48 (34%)	1 (20%)	3 (43%)	0,66	0,69	0,58

Таблица 4. Тяжесть течения острых инфекционных деструкций легких по А.Н. Лаптеву [5] в группах

Группы	1 группа n (%)	2 группа n (%)	3 группа n (%)	p _{Mann-Whitney}		
				1 и 2	1 и 3	2 и 3
Число наблюдений	141	5	7	0,06	0,07	0,81
Баллы тяжести (Me (25%; 75%))	12 (9; 16)	16 (13,75; 18,75)	15 (12,25; 20,75)			

Исходя из данных, представленных в таблицах 1-4, следует, что группы пациентов статистически значимо не различались по возрасту, вариантам поражения и наличию осложнений, тяжести течения заболевания при поступлении.

Результаты и обсуждение. Характер послеоперационных осложнений и летальность в группах представлены в таблице 5.

Таблица 5. Осложнения в послеоперационном периоде и летальность в группах

Вид осложнения	1 группа	2 группа	3 группа	p _{Fisher}		
				1 и 2	1 и 3	2 и 3
Стойкие легочно-плевральные свищи	16 (11,3%)	2	1	0,11	0,58	0,55
Острый газовый синдром	3 (2,1%)	0	0	1	1	1
Пневмония	32 (22,7%)	3	1	0,86	1	0,22
Эмпиема плевры	23 (16,3%)	1	3	1	0,10	0,58
Несостоятельность культи бронха	4 (2,8%)	1	1	0,16	0,22	1
Продолженная деструкция легких	11 (7,8%)	0	1	1	0,45	1
Сепсис	3 (2,1%)	0	0	1	1	1
Септический шок	2 (1,4%)	0	0	1	1	1
Гнойно-резорбтивное истощение и кахексия	41 (29,1%)	3	2	0,16	1	0,56
ТЭЛА	2 (1,4%)	0	0	1	1	1
Летальность	28 (19,9%)	1 (20%)	1 (14%)	1	1	1

Из представленных в таблице 5 данных, можно сделать вывод, что своевременное назначение андрогенов сразу после операции (удаления очага гнойного распада) с целью стимуляции анаболических процессов в организме при комплексном лечении пациентов с острыми инфекционными деструкциями легких, способствует снижению числа случаев осложнений, связанных со сниженной репарацией тканей – легочно-плевральных свищей, несостоятельности культи бронхов, что способствует снижению летальности. Начало использования препаратов андрогенов позже, уже на фоне развившихся осложнений, не приносит такого эффекта. Однако эти

результаты не являются статистически значимыми, ввиду небольшого числа наблюдений во 2 и 3 группах.

Для уточнения механизмов действия и оценки эффектов применения андрогенов в раннем послеоперационном периоде необходимо продолжить дальнейшие исследования с проведением изучения уровней эндогенного тестостерона в сыворотке крови пациентов с острыми инфекционными деструкциями легких для обоснования и разработки эмпирических и индивидуализированных схем терапии анаболическими стероидами.

Выводы.

1. Включение андрогенов в программу комплексного лечения в раннем послеоперационном периоде у пациентов с острыми инфекционными деструкциями легких потенциально способно снизить число послеоперационных осложнений и летальность.

2. Для проведения корректного сравнительного анализа требуется проведение проспективного рандомизированного исследования с ранним введением эфиров тестостерона в соответствующей группе пациентов.

3. Для оценки влияния андрогенного дефицита на течение и исходы заболевания, а также для оценки эффективности заместительной гормональной терапии острых инфекционных деструкций легких следует изучить концентрацию эндогенных андрогенов крови в динамике в процессе лечения.

Литература:

1. Комплексное лечение больных острыми инфекционными деструктивными заболеваниями легких / И. П. Рощев [и др.] // Современ. проблемы науки и образования. – 2014. – № 3. – С. 474.

2. Соломаха, А. А. Метод балльной оценки тяжести состояния хирургических больных с гнойно-деструктивными заболеваниями легких / А. А. Соломаха // Вестн. службы крови России. – 2011. – № 3. – С. 36–40.

3. Бисенков, Л. Н. Хирургия острых инфекционных деструкций легких: рук-во для врачей / Л. Н. Бисенков, В. И. Попов, С. А. Шалаев ; под ред. Ф. Кутушева. – СПб., 2003. – 400 с.

4. Хирургические инфекции груди и живота : рук. для врачей / под ред. Б. Н. Котива, Л. Н. Бисенкова. – СПб. : СпецЛит, 2016. – 671 с.

5. Лаптев, А. Н. Острые гнойно-некротические деструкции легких (этиология, диагностика, лечение, исходы) : автореф. дис. ... д-ра. мед. наук / А. Н. Лаптев. – Минск : БГМУ, 1996 – 37 с.